

## **Forord**

*"Rette hjælp på rette tidspunkt – en fælles opgave!*

*De akut syge patienter får den rette hjælp på det rette tidspunkt. En hurtig afklaring og behandling med de nødvendige kompetencer leveres hele døgnet i et tæt koordineret samarbejde."*

Region Midtjyllands vision for de akutte patientforløb indebærer ambitionen om rette hjælp på rette tidspunkt. Dette indebærer både, at patienterne ikke oplever faglig ubegrundet ventetid, og at de mødes af personale med de rette kompetencer.

Samtidig ved vi, at overbelægning er usikkert for patienterne – når kapaciteten på hospitalet i form af personale og materiel ikke passer til det antal patienter, der er indlagt på et givet tidspunkt, risikerer der at ske fejl.

Den rigtige kvalitet i patientforløbet fordrer høj gennemsigtighed og tæt samarbejde på hele akuthospitalet. Det handler for det første om at sikre den rigtige balance mellem kapacitet – det personale og det materiel, der er til rådighed – og de patienter, som behøver hospitalsbehandling på ethvert givet tidspunkt. For det andet handler det om kontinuerligt at have fokus på at identificere uhensigtsmæssige arbejdsgange og forløb, og i fællesskab forsøge at skabe forbedringer til gavn for patienterne.

I Akutstyregruppen mener vi, at Sikkert Patientflow er et rigtig godt redskab til at arbejde sammen om de vigtige, og komplicerede problemstillinger, på tværs af hele akuthospitalet.

Vi er derfor glade for hermed at kunne præsentere regionens *Program for Sikkert Patientflow*.

Koncerndirektør Ole Thomsen

Koncerndirektør Christian Boel

Lægefaglig direktør Claus Thomsen, Aarhus Universitetshospital

Lægefaglig direktør Jens Fris Bak, Hospitalsenhed Vest

Lægefaglig direktør Lone Winther Jensen, Regionshospital Randers

Lægefaglig direktør Michael Bräuner Schmidt, Hospitalsenhed Midt

Sygeplejefaglig direktør Inge Pia Christensen, Aarhus Universitetshospital

## Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse .....	2
1. Indledning .....	3
2. Formål og mål.....	4
3. Strategi – sammenhæng med det regionale målbillede og det nationale kvalitetsprogram.....	6
4. Organisatorisk forankring .....	8
5. Projektplan.....	10
6. Definitioner og læringsmetoder.....	12

# 1. Indledning

I Region Midtjylland har fire ud af fem akuthospitaler de sidste tre år indgået i det nationale forbedringsprojekt Sikkert Patientflow i samarbejde med otte andre akuthospitaler og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Hospitalerne har gennem projektperioden indført daglige kapacitetskonferencer på hospitalsniveau samt daglige tavlemøder i de enkelte afdelinger med det mål at lede kapacitet og efterspørgsel på de enkelte hospitaler. Indsatsen har medført, at hospitalerne har implementeret systematiske metoder og koordineringer, som har medvirket til at danne grundlag for gode og veltilrettelagte patientforløb<sup>1</sup>.

Også på det femte af regionens hospitaler er der de seneste år arbejdet systematisk med flow, patientsikkerhed og forbedring af de akutte patientforløb.

Indsatsen på hospitalerne har været med til at understøtte en kultur, der hviler på tillid og samarbejdsevne, og hvor målet er kvalitet for patienten uanset tid og sted. Vi udnytter i højere grad den øgede samskabelse og de systematiske og forudsigende arbejdsmetoder fra Sikkert Patientflow.

Netop Sikkert Patientflow er, som nævnt i forordet, et middel til at opfylde Region Midtjyllands vision for de akutte patientforløb:

*"Rette hjælp på rette tidspunkt – en fælles opgave!*

*De akut syge patienter får den rette hjælp på det rette tidspunkt. En hurtig afklaring og behandling med de nødvendige kompetencer leveres hele døgnet i et tæt koordineret samarbejde."*

Samtidig lægger vi stor vægt på, at arbejdet med Sikkert Patientflow skal bidrage til øget patientsikkerhed. Patientsikkerhed skal være indeholdt i alt og går forud for alt, ligesom patientsikkerhed både er den enkeltes og alles ansvar – uanset hvor man er, og hvad man laver i organisationen.

For at understøtte arbejdet med Sikkert Patientflow, er der etableret et forbedringsfællesskab på tværs af alle Region Midtjyllands akuthospitaler. Forbedringsfællesskabet skal frem til udgangen af 2018 være med til at sikre, at vi videndeler og fortsat udvikler arbejdet med Sikkert Patientflow i et tæt samarbejde på tværs i regionen.

---

<sup>1</sup> Erfaringsopsamlingen for Sikkert Patientflow kan læses:

<http://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2015/12/sikkertpatientflowerfaringsopsamling.pdf>

## 2. Formål og mål

Den overordnede vision for arbejdet med Sikkert Patientflow er at sikre:

***Den rigtige patient – i den rigtige seng – på det rigtige tidspunkt - med det rigtige behandler-team***

Formålet er at skabe sammenhængende patientforløb bestående af høj kvalitet uden unødigt ventetid i forbindelse med indlæggelse, overflytning, diagnostik, behandling og udskrivelse, herunder:

- Sikre faglig og patientoplevet kvalitet – *ALTID*
- Sikre organisatorisk kvalitet, hvor der er det rette forhold mellem efterspørgsel og kapacitet gennem forudsigelser time for time døgnet igennem alle årets dage
- Understøtte fokus på den bedste personaleanvendelse.

Sikkert Patientflow tager udgangspunkt i en række fælles redskaber og metoder. Til at sikre overblik over akuthospitalets kapacitet, herunder indlæggelser, udskrivelser og overflytninger, anvendes systematiske metoder i form af tavlemøder og kapacitetskonferencer. Endvidere baserer arbejdet med Sikkert Patientflow sig på forbedringsmodellen, identifikation af flaskehalse og spild, inddragelse af patient- og pårørendeperspektivet samt systematisk anvendelse af data.

I Region Midtjylland har Akutstyregruppen, som består af hospitalsledelsesrepræsentanter fra de fem akuthospitaler, udpeget følgende fælles indsats for alle regionens akuthospitaler:

***Patienter, der har været indlagt mere end 48 timer, udskrives inden kl. 12.00***

Fokus på udskrivelse inden kl. 12 handler både om kvalitet for den patient, der skal udskrives, som for den patient, der indlægges. Vi oplever i dag spidsbelastninger, hvor patientsikkerhed og arbejdsmiljø er truet, idet der ligger "to patienter i samme seng" midt på dagen. Ved at udskrive patienter før kl. 12 sikres ledig kapacitet til de akutte indlæggelser i løbet af dagen, og der sikres fokus på den gode, planlagte udskrivelse med patient, pårørende og evt. primærsektor.

Hvert akuthospital fastsætter lokale mål for indsatsen, som følges af Akutstyregruppen via en fælles, regional BI-rapport.

Foruden den fælles indsats arbejder de enkelte akuthospitaler i relevant omfang med egne supplerende indsatser og mål i forhold til Sikkert Patientflow.

### **Næste skridt**

Erfaringerne med metoderne og redskaberne i Sikkert Patientflow kan i det videre arbejde i det regionale forbedringsfællesskab med fordel tænkes ind i nye sammenhænge. Et særligt indsatsområde er det tværsektorielle samarbejde, hvor mere sammenhængende patientforløb og styrket patientsikkerhed på tværs af sektorer kan udvikles via fælles koordineringer.

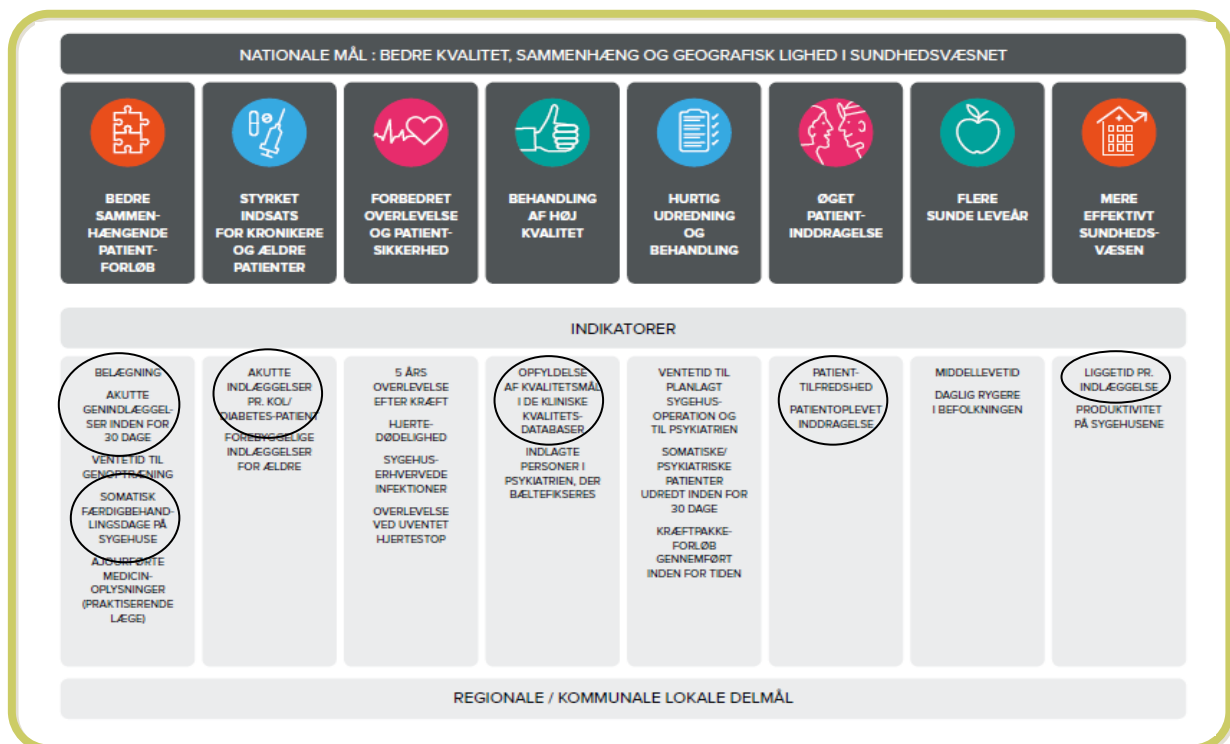
Endvidere kan anvendelsen og samspillet mellem de forskellige redskabs- og datatyper udvikles yderligere. I det videre arbejde med Sikkert Patientflow kan der sættes fokus på tilvejebringelsen af løbende, tidstro overblik over kapaciteten – ikke blot på det enkelte hospital, men på tværs af hospitalerne i regionen.

### 3. Strategi – sammenhæng med det regionale målbillede og det nationale kvalitetsprogram

I det nationale kvalitetsprogram er målet at øge forbedrings- og innovationshastigheden i det samlede sundhedsvæsen. Sikkert Patientflow er en vigtig brik i at understøtte og løfte opgaven i de nationale mål – særligt i relation til at sikre bedre sammenhængende patientforløb, øget patientinddragelse og patienttilfredshed.

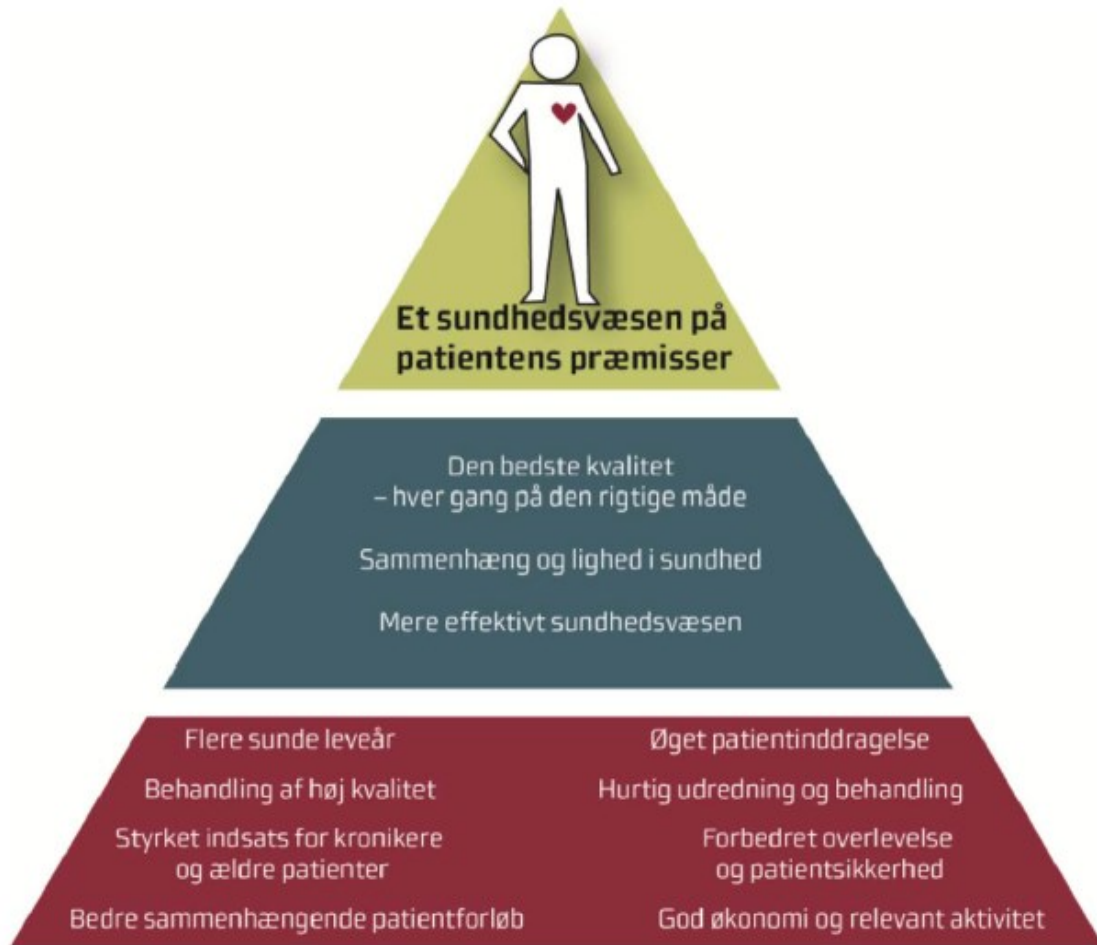
Sikkert Patientflow skal bidrage til et sikkert og sammenhængende patientforløb, som består af høj kvalitet i alle handlinger, og hvor unødigt ventetid minimeres i forbindelse med indlæggelse, overflytning, diagnostik, behandling og udskrivelse.

Sikkert Patientflow skal understøtte, at mødet med de sundhedsprofessionelle består af høje sundhedsfaglige kompetencer, hvor den enkelte patient og pårørende inddrages i egen behandling. Patienten informeres, inddrages og opdateres under hele indlæggelsesforløbet, hvilket omfatter kendskab til behandlingsplanen og den forventede udskrivesdato fra hospitalet.



Når vi pejler ind på regionens målbillede på sundhedsområdet, ses der også en tæt sammenhæng mellem indsatsen i Sikkert Patientflow og målbilledet. Det er således forventeligt, at arbejdet med Sikkert Patientflow, herunder det fælles indsatsområde, vil smitte positivt af på både visionen i målbilledet ("Et Sundhedsvæsen på Patientens Præmisser"), på de tre spor og på flere af målsætningerne i målbilledet.

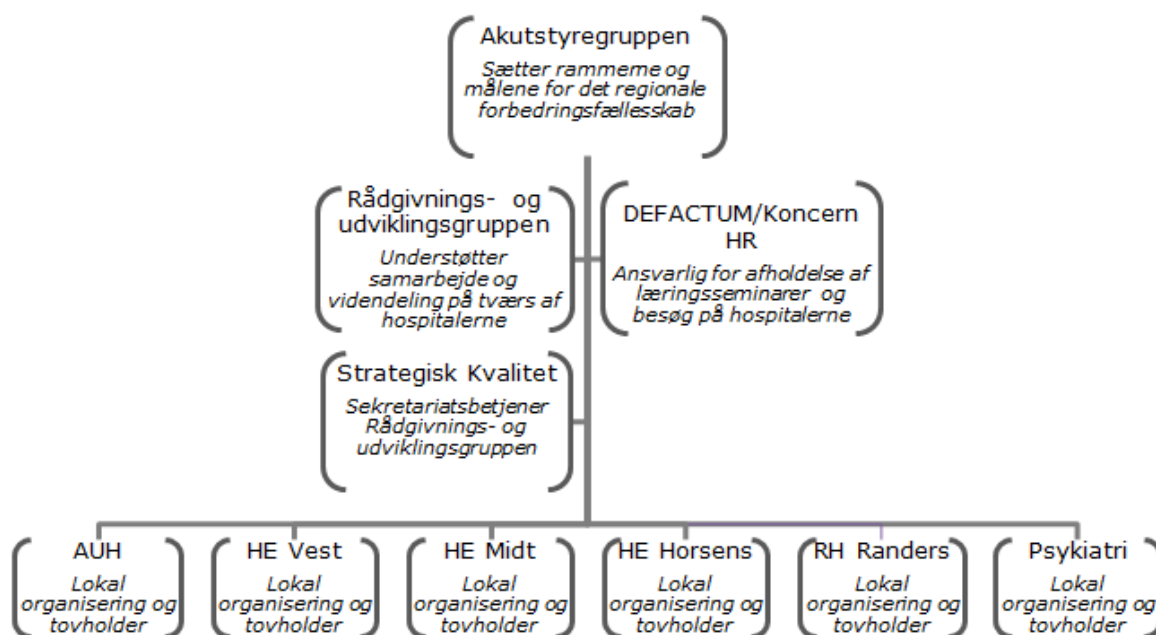
## Målbilledet i Region Midtjylland



Udover sammenhængen til det nationale kvalitetsprogram og Region Midtjyllands målbillede på Sundhedsområdet, skal det fremhæves, at arbejdet med Sikkert Patientflow også ventes at gavne det tværsektorielle samarbejde om patientforløbene og sikre bedre sammenhængende patientforløb. Fokus på tidlig udskrivelse forventes således at være med til at sikre bedre rammer for, at patienterne er ventede og kan tages godt imod i kommunerne.

## 4. Organisatorisk forankring

Sikkert Patientflow er i Region Midtjylland organiseret som følgende:



### Akutstyregruppen

Akutstyregruppen træffer de overordnede beslutninger om forbedringsfællesskabets arbejde og organisering. Med henblik på at sikre effektive og agile arbejdsgange har sygeplejefaglig direktør på Aarhus Universitetshospital, Inge Pia Christensen, fået mandat af Akutstyregruppen til at træffe beslutninger på vegne af Akutstyregruppen i forhold til Sikkert Patientflow.

### Rådgivnings- og udviklingsgruppen

Rådgivnings- og udviklingsgruppen er sammensat af projektledere og dataansvarlige fra de enkelte hospitaler, psykiatrien samt Strategisk Kvalitet (sekretariat). Præhospitalet, DEFACTUM, Koncern HR og BI-kontoret deltager på ad-hoc basis.

Rådgivnings- og udviklingsgruppen refererer til Akutstyregruppen og har følgende opgaver:

- Fungerer som regionalt udviklingsforum og kommer med oplæg til iværksættelse af konkrete, fælles udviklingsinitiativer vedr. patientflow med udgangspunkt i kvalitet og patientsikkerhed.
- Koordinerer udviklingen af et fælles datagrundlag til monitorering af de(t) fælles mål.
- Sikrer samarbejde og vidensdeling på tværs af hospitalerne.
- Indgår i planlægningen af de regionale læringsseminarer, herunder fungerer som faglig sparring samt giver input til DEFACTUM og Koncern HR.

### Strategisk Kvalitet

Strategisk Kvalitet sekretariatsbetjener rådgivnings- og udviklingsgruppen. Med henblik på at sikre sammenhæng og overblik over processerne formidler Strategisk Kvalitet



information vedr. beslutninger og opfølgning mellem DEFACTUM, Koncern HR, Akutstyregruppen samt rådgivnings- og udviklingsgruppen.

### **DEFACTUM og Koncern HR**

DEFACTUM og Koncern HR tilrettelægger læringsseminarer i forbedringsfællesskabet. DEFACTUM besøger hospitalerne og psykiatrien mellem læringsseminarerne for at støtte og vejlede det lokale forbedringsarbejde – herunder undervise i forbedringsmetoder - samt bidrage med at formidle erfaringer mellem hospitalerne og psykiatrien.

### **Lokal styregruppe/ledelsesorganisation**

Hvert hospital og psykiatrien organiserer forbedringsindsatsen, så den passer til de lokale forhold. Som minimum skal ledelse, relevante sundhedsfaglige personer (fx læger og sygeplejersker), datamanagers og kvalitetskonsulent/forbedringsvejledere have en aktiv rolle. Det daglige forbedringsarbejde tilrettelægges tværfagligt, gerne med forbedringsteams og/eller forbedringstavlemøder i det enkelte deltagende afsnit.

### **Lokal projektleder/tovholder på hver hospitalsenhed og i psykiatrien**

Den daglige tovholder på Sikkert Patientflow arbejder målrettet med det overordnede mål for Sikkert Patientflow, implementering og videreudvikling af redskaberne og metoderne i Sikkert Patientflow, de lokale indsatser såvel som den udpegede regionale indsats på det enkelte hospital.

### **Lokale forbedringsteams på hver hospitalsenhed og i psykiatrien**

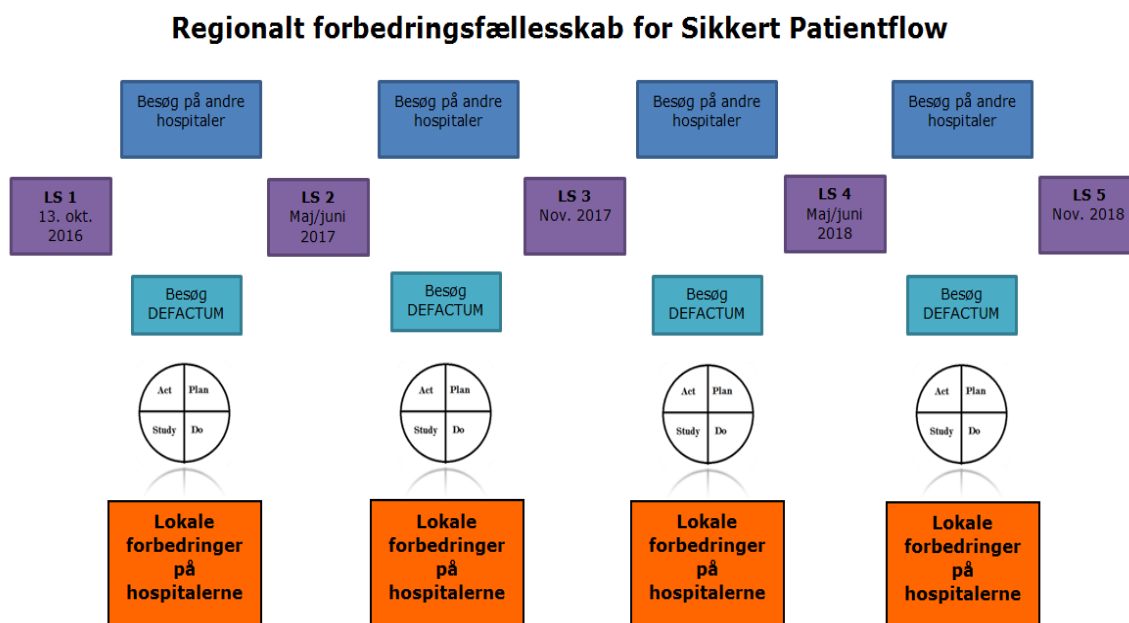
De lokale forbedringsteams arbejder på det enkelte hospital i samarbejde med den lokale tovholder/projektleder med det overordnede mål for Sikkert Patientflow, implementering og videreudvikling af redskaberne og metoderne i Sikkert Patientflow, de lokale indsatser samt den udpegede regionale indsats.

### **BI-enheden**

BI-enheden i regionen understøtter det overordnede mål med Sikkert Patientflow samt den regionale udpegede indsats med tidstro datarapporter til det enkelte hospital samt til akutstyregruppen og rådgivnings- og udviklingsgruppen.

## 5. Projektplan

Det regionale forbedringsfællesskab er baseret på en vekselvirkning mellem regionale læringsseminarer og lokale arbejdsperioder fra ultimo 2016 til ultimo 2018 som illustreret i nedenstående figur.



Rådgivnings- og udviklingsgruppen / DEFACTUM / Koncern HR / Strategisk Kvalitet / BI-enheden

På læringsseminarerne mødes hospitalernes teams for at udveksle erfaringer, resultater og barrierer. I arbejdsperioderne mellem læringsseminarerne arbejder hvert hospital og psykiatrien med det overordnede mål for Sikkert Patientflow, lokale indsatser samt den fælles regionale indsats.

DEFACTUM besøger i arbejdsperioderne hospitalerne og psykiatrien en-to gange af ca. to timers varighed. Formålet med besøgene er at give støtte og vejledning til arbejdet med konkrete forbedringstiltag, undervise og/eller kvalificere anvendelsen af forbedringsmetoder, bidrage med at formidle erfaringer mellem hospitalerne og psykiatrien (i supplement til Rådgivnings- og udviklingsgruppen og læringsseminarerne) samt indsamle idéer, forslag, ønsker og behov med henblik på kommende læringsseminarer.

Indhold og mødetidspunkt for besøgene aftaler DEFACTUM med den lokale projektleder. Det aftales ligeledes med den lokale projektleder, hvem der deltager på mødet, det kan være den lokale styregruppe, projektgruppen og/eller et eller flere forbedringsteams.

### *Kommunikation*

Nyheder vil blive formidlet via regionens hjemmeside [www.akuthospital.rm.dk](http://www.akuthospital.rm.dk).

### *Afrapportering*

To gange årligt fremlægger Rådgivnings- og udviklingsgruppen status på regionens arbejde med Sikkert Patientflow for henholdsvis Akutfagligt Råd og Akutstyregruppen.

## 6. Definitioner og læringsmetoder

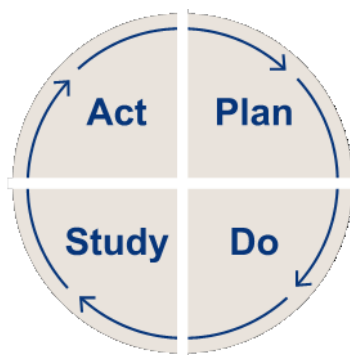
I dette afsnit defineres anvendte begreber i Sikkert Patientflow og de grundlæggende metoder for forbedringsarbejdet.

### **Afprøvning/PDSA (Plan Do Study Act)**

En afprøvning/PDSA tager udgangspunkt i Institute for Healthcare Improvement, IHI's forbedringsmodel. Forbedringsmodellen bidrager til, at forbedringsarbejdet foregår struktureret og systematisk.

Forbedringsmodellen består af to dele: Tre spørgsmål og en metode til afprøvning og læring. De tre spørgsmål er:

- "Hvad ønsker vi at opnå?"
- "Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?"
- "Hvilke forandringer skal iværksættes for at skabe forbedringer?"



En afprøvning/PDSA er en struktureret afprøvning af et forbedringstiltag på baggrund af en hypotese. På baggrund af en række hyppige tests justeres en proces, hvorved der dannes grundlag for udbredelse af tiltaget til en større og større del af organisationen. Nøgleopgaverne i en prøvehandling er: beskrive hypotesen, opstille mål, foretage evaluering, justere og skalere.

### **Dataunderstøttelse**

Data er en vigtig kilde til at se, om der er et problem i systemet. Dernæst understøtter tidstro data arbejdet med driverdiagrammer og afprøvninger, således ledere og medarbejdere løbende og systematisk kan følge med i, om en indsats er en forbedring i forhold til de mål og resultater man arbejder efter eller om der skal andre indsatser til for at lykkes.

### **Driverdiagram**

Et driverdiagram er et struktureret diagram med tre eller flere niveauer. Et driverdiagram anvendes til at opstille mål, resultater og midler for en forbedringsindsats i en overskuelig, grafisk form. Det kan vise, hvordan de forskellige faktorer er forbundne og kan fungere som kommunikationsværktøj til at forklare forandringers indbyrdes afhængighed og indeholder angivne ansvarspersoner, tidsplaner og indsatser i prøvehandlingerne, der skal skabe forbedringen.

## **Flow**

Der skabes det rigtige forhold mellem kapacitet og efterspørgsel samt målet om at den rigtige patient er i den rigtige seng på det rigtige tidspunkt, og patienten behandles af det rigtige behandlerteam. Dette gøres ved bedst mulig forudsigelse og brug af historiske data og sikker ressourcestyring, således der altid tages udgangspunkt i patientens behandlingsbehov på det givne tidspunkt.

## **Flowkoordinator**

En sundhedsprofessionel, der er ansvarlig for at holde overblik over indlæggelser, overflytninger og udskrivelser på hospitalet og er daglig leder af hospitalets fælles kapacitetskonference. Skaber kapacitet gennem samarbejde med akutlæger, speciallæger og kliniske koordinatore.

## **Forbedringsmodellen**

Veldefineret metode til at accelerere forandrings – og forbedringsprocesser, der inkluderer fastlæggelse af mål, målinger og forbedringer samt brug af PDSA-cirklen til de nødvendige forandringer.

## **Gennembrudsmetoden**

Gennembrudsmetoden er en velafprøvet kvalitetsudviklingsmetode udviklet af Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston, USA til at få den nyeste forskningsbaserede viden og best practice omsat i praksis til gavn for brugerne af systemet. Metoden skaber rammerne for at skabe markante forbedringer på relativt kort tid, og at fastholde dem. Samtidig er ambitionen, at de gode erfaringer skal spredes mest muligt, så der kan opnås markante forbedringer i større skala.

## **Handlinger ved forskellige belægningsgrader**

På baggrund af veldefinerede belægningsgrader er der nedskrevet aftaler, om hvilke handlinger der gøres på hhv. afdelings- og på hospitalsniveau, på ledelsesniveau samt med samarbejdspartnere.

## **Indlæggelse**

En patient, der fysisk ligger i en seng og er blevet triageret ved ankomst, blevet set af en speciallæge (indenfor en time)<sup>2</sup>, samt (inden for fire timer efter ankomst) har fået lagt en plan, som er verificeret med en speciallæge.

## **Kapacitet**

Kapaciteten forstås som den til enhver tid tilgængelige kombination af fysisk kapacitet (senge, hvilestole og andet), og de personalemæssige ressourcer (antal og kompetencer)

---

<sup>2</sup> Se bilag 1 vedrørende det faglige indhold i Set af speciallæge og Behandlingsplan inden fire timer

### **Kapacitetskonference**

Et dagligt tværfagligt, struktureret og obligatorisk planlægningsmøde med repræsentanter fra alle relevante afdelinger, som kan bidrage til et bedre flow for patienten. Til konferencen gennemgås estimater over indlæggelser, overflytninger og udskrivninger i det aktuelle døgn for at give overblik over sengekapacitet og efterspørgsel.

### **Klinisk koordinator**

En sundhedsprofessionel, der er ansvarlige for at skabe overblik over det interne flow i et afsnit.

### **Læringsseminar**

Ledere, klinikere, relevante stabsmedarbejdere og projektledere fra hospitalerne mødes og får ny viden om forbedringsmetoder samt udveksler ideer og erfaringer for samt præsenterer lokale afprøvninger og resultater i forhold til den regionale målsætning.

### **Overbelægning**

Når antallet af indlagte patienter i en afdeling overstiger antallet af normerede senge.

### **Tavlemøde**

I Sikkert Patientflow anvendes begrebet tavlemøde om et dagligt, struktureret og obligatorisk møde på afsnitsniveau, hvor et tværfagligt team af sundhedsprofessionelle gennemgår alle patienter for at afklare den kliniske tilstand og lægge daglige planer og udskrivelsestidspunkt. Der prioriteres ud fra klinisk hastegrad, overflytninger/udskrivelser og den resterende patientgruppe, så den rette ressource og kompetence tilføres den rette patient.